

Nach Erhalt des Stammdatenblattes erhalten Sie Ihr Vitakt-Partner Servicepaket

Name der Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Büro: _____

Fax Büro: _____

E-Mail: _____

Bürozeiten: _____

Wird durch Vitakt ausgefüllt
 Gebietsvertriebsleiter Nr.: ____-____-____
 Vitakt Partner Nr.: ____-____-____

Bitte geben Sie nachfolgend die Rufnummern Ihres Bereitschaftsdienstes an. Bitte nur Festnetz- und Mobiltelefone sowie Cityruf oder Eurosignalempfänger:

Rufnummer	Bemerkung (z. B. erreichbar von - bis)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ihre regional zuständigen Notdienste

Unbedingt die Amtsrufnummern mit Vorwahl angeben. NICHT 112/110

Rettungsleitstelle: _____

Notärztlicher Dienst: _____

Feuerwehrleitstelle: _____

Polizei: _____

Vitakt rechnet mit Ihnen das Beratungs- und Anschlusshonorar und Provisionen ab. Hierfür benötigen wir:

Ihre Steuernummer oder USt-ID: _____ Keine Steuernummer, da gemeinnützig.

Ihre schriftliche Mitteilung, ob Sie mehrwertsteuerausweisberechtigt sind oder nicht (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mehrwertsteuerausweisberechtigt Ich bin nicht mehrwertsteuerausweisberechtigt

Das Vitaktssystem muss durch den Vitakt-Partner in Betrieb genommen werden und mindestens 30 Tage auf den Teilnehmer angemeldet sein. Für jeden Vitakt-Anschluss erhält der Vitakt Partner 12,93 €. Es erfolgt keine gesonderte postalische Benachrichtigung über geleistete Beratungs- und Anschlusshonorarzahlungen (VP-Abrechnungen). Die erfolgten Zahlungen können Sie anhand der Callnummer auf Ihren Kontoauszügen überprüfen. Eine Nennung des Teilnehmersnamens auf Ihren Kontoauszügen erfolgt nicht. Bitte haben Sie Verständnis, dass Sie sich hier schriftlich erklären müssen. Andernfalls dürfen wir Ihnen das Beratungs- und Anschlusshonorar sowie etwaige Provisionen nicht überweisen. Änderungen bzgl. dieser Punkte teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

Kontoinhaber: _____ BLZ: _____

Geldinstitut, Ort: _____ Konto-Nr.: _____

Wenn Sie selber oder durch einen Kooperationspartner bzw. Dienstleister weitere Dienstleistungen anbieten, vermitteln wir Ihnen bei entsprechenden Anfragen gerne Interessenten. Diese Dienstleistungen können Ihre Patienten direkt über das Vitakt-Hausnotrufsystem anfordern

Art der Dienstleistung	Dienstleister / Ansprechpartner	Telefon / Fax
<input type="checkbox"/> Pflegeberatung		
<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege		
<input type="checkbox"/> Betreuung		
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Leistungen		
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern		
<input type="checkbox"/> Hilfsmittelverleih		
<input type="checkbox"/> Fußpflege		
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Antrag für die Pflegeversicherung		
<input type="checkbox"/> Unterstützung Schriftverkehr		
<input type="checkbox"/> Vorratseinkäufe		
<input type="checkbox"/> Transportdienste		
<input type="checkbox"/> Friseur		
<input type="checkbox"/> Wäschepflege		
<input type="checkbox"/> Besuchsdienst		
<input type="checkbox"/> Hausmeisterservice		
<input type="checkbox"/> Gartenarbeiten		
<input type="checkbox"/> Reinigungsdienst		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

In welchen Postleitzahlgebieten sind Sie tätig, in denen wir bei Anfragen Interessenten für Ihre Dienstleistungen und für Vitakt Hausnotrufsysteme vermitteln dürfen?

PLZ : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

- Bitte senden Sie mir Vitakt-Comfort-Unterlagen.
- Bitte senden Sie mir Vitakt-Proservis-Unterlagen.

Datum / Unterschrift Stempel